ISBN 1188-4169

Relevé des maladies transmissibles au Canada

Vol. 24-13 Date de publication : 1er juillet 1998

Contenu du présent numéro : *(nombre de pages : 5)*

CAS D'*HAEMOPHILUS INFLUENZAE* DE TYPE B DANS 11 CENTRES PÉDIATRIQUES, 1996-1997	F-1	105-108
DÉCÈS LIÉS À LA VARICELLE CHEZ DES ENFANTS — ÉTATS-UNIS, 1997	F-3	108-111
LE 50e ANNIVERSAIRE DE L'OMS	F-5	111-112

Pagination officielle : Les références doivent renvoyer aux numéros de page de la version imprimée et non à ceux de la version communiquée par télécopieur.

CAS D'*HAEMOPHILUS INFLUENZAE* DE TYPE B DANS 11 CENTRES PÉDIATRIQUES, 1996-1997

Introduction

Avant l'introduction des vaccins, *Haemophilus influenzae* de type b (Hib) était le principal pathogène bactérien à infecter les nourrissons, étant responsable de la majorité des cas de méningite et d'épiglottite et d'une partie des cas de bactériémie, d'arthrite aiguë supurée, de pneumonie et de péricardite[1]. Depuis 1992, les nourrissons de ≥2 mois sont systématiquement immunisés dans l'ensemble des provinces et territoires avec de nouveaux vaccins conjugués PRP, plus efficaces que les anciens. Le Programme de surveillance active des effets secondaires associés aux vaccins (IMPACT) de la Société canadienne de pédiatrie a déjà fait état de la chute remarquable du nombre des cas de Hib dans les centres participants en 1995[2]. Nous examinons ici les cas d'infection à Hib observés dans les centres IMPACT en 1996 et 1997.

Méthodologie

Dans chacun des 11 centres participants, on a identifié les enfants hospitalisés pour une infection à Hib au moyen d'un examen des dossiers des laboratoires de microbiologie et des dossiers médicaux[2]. On a pu ainsi recueillir les informations suivantes pour chaque enfant : âge, sexe, hôpital répondant, date d'hospitalisation, manifestations de la maladie, résultats des cultures bactériennes et des tests de détection des antigènes, niveau de soins requis, durée de l'hospitalisation, état de santé au moment du congé, et dossier de vaccination anti-Hib antérieure, dont les dates de vaccination et le nom des produits utilisés.

L'infection à Hib a été classée comme caractérisée lorsqu'on avait réussi à isoler l'organisme dans un liquide organique normalement stérile, ou comme probable lorsqu'on avait détecté l'antigène de Hib dans un échantillon du liquide céphalo-rachidien, dans l'urine ou dans un autre liquide organique normalement stérile. L'échec de la vaccination a été défini comme la survenue d'une infection à Hib confirmée par culture plus de 28 jours après l'achèvement de la vaccination appropriée à l'âge du patient.

Résultats

En 1996 et 1997, 16 cas d'infection à Hib ont été signalés, à raison de huit par année (tableau 1). Quinze cas ont été confirmés par culture (infection caractérisée). Deux centres n'ont enregistré aucun cas pendant ces 2 années; quatre n'en ont signalé aucun en 1997. L'âge des enfants affectés variait de 2 mois à 12 ans, la moyenne se situant à 55 mois. Sept de ces enfants (44 %) avaient > 60 mois, soit un âge supérieur à celui où ils sont normalement réceptifs à cette infection. Onze (69 %) étaient de sexe masculin et cinq (31 %) de sexe féminin. Quinze des 16 cas étaient considérés comme en bonne santé avant la survenue de l'infection.

Les manifestations les plus courantes de la maladie étaient la méningite ou l'épiglottite, mais on a observé aussi d'autres syndromes (tableau 2). Tous les cas sauf un ont été traités à l'hôpital et la majorité (63 %) ont nécessité des soins intensifs. Tous ont survécu. Au moins deux des huit cas de méningite ont souffert d'une déficience auditive.

En 1996, un seul des huit cas était évitable. Il s'agit d'un garçon de 5 ans que l'on avait oublié de vacciner contre le Hib (dose unique) à l'âge de 18 mois. Deux cas étaient trop âgés (10 et 11 ans) pour avoir été inclus dans les programmes antérieurs. Un enfant était trop jeune (2 mois) pour avoir complété la série primaire. Quatre avaient complété la vaccination adaptée à leur âge, dont l'un avec un vaccin polysaccharidique, deux avec un vaccin PRP-D (ProHIBiT®) et le quatrième avec un vaccin PRP-T (Act-HIB™). Ce dernier avait reçu quatre doses, dont une dose de rappel à18 mois, avant de développer une pneumonie accompagnée d'une bactériémie à l'âge de 3 ans.

En 1997, encore une fois, un seul des huit cas était évitable. Il s'agit d'un enfant dont les parents avaient refusé toute vaccination; l'enfant a développé une méningite à Hib à l'âge de 12 mois et a souffert d'une déficience auditive. Deux cas étaient trop jeunes (2 et 3 mois) pour avoir complété la série primaire. Cinq avaient reçu la série vaccinale adaptée à leur âge, dont un le vaccin PRP-D et les

2007-02753/

TABLEAU 1
Nombre de cas d'infection à *Haemophilus influenzae* de type b déclarés en 1996 et en 1997 par les 11 centres IMPACT

Centre	1996	1997	Total
St.-John's (T.-N.)	1	0	1
Halifax	1	1	2
Québec	0	0	0
Montréal (Hôpital pour enfants de Montréal)	1	0	1
Montréal (Hôpital Sainte-Justine pour les enfants)	2	1	3
Ottawa	1	1	2
Toronto	0	0	0
Winnipeg	1	1	2
Calgary	0	1	1
Edmonton	0	2	2
Vancouver	1	1	2

TABLEAU 2
Syndromes attribuables à *Haemophilus influenzae* de type b en 1996-1997

Syndrome	Nombre de cas*
Méningite	8 (50 %)
Épiglottite	5 (31 %)
Autres (pneumonie, cellulite, otite moyenne, bactériémie, péricardite, etc.)	7

* ≥ 1 syndrome par cas

autres le vaccin PRP-T. Parmi ces derniers cas, un faisait l'objet d'un traitement immunosuppresseur en vue d'une greffe de moelle osseuse pour corriger un trouble métabolique. Deux échecs ont été relevés après trois doses de vaccin PRP-T, et un après quatre doses chez des enfants apparemment normaux.

Analyse

Huit cas d'infection à Hib ont été traités dans les centres IMPACT en 1996 et huit autres en 1997, ce qui constitue une diminution considérable par rapport aux 485 cas documentés en 1985 juste avant l'homologation du premier vaccin anti-Hib, de même que par rapport aux 20 cas signalés en 1995[2] et ce, malgré l'ajout subséquent d'un onzième centre de surveillance.

Ces 16 cas récents étaient répartis sur une large fourchette d'âge, allant de 2 mois à 12 ans. Près de la moitié des cas sont survenus après l'âge de 60 mois, soit au-delà de l'âge auquel l'infection à Hib est considérée comme un risque important[1]. Ces enfants âgés n'avaient pas été immunisés ou avaient reçu des vaccins anti-Hib peu efficaces qui ne sont plus utilisés aujourd'hui.

Les cas observés étaient sévères, 50 % ayant souffert de méningite et 31 % d'épiglottite (tableau 2), ce qui se compare aux séries antérieures[1,2]. Aucun décès n'a été signalé. Au moins deux cas de méningite ont donné lieu à des déficiences auditives.

Contrairement à la situation observée en 1994, où huit des 24 cas auraient pu être évités[3], seuls deux des cas traités en 1996 et 1997 auraient pu l'être. Il s'agit d'un enfant dont les parents avaient refusé qu'il soit vacciné, et d'un autre auquel on avait oublié d'administrer à 18 mois le vaccin anti-Hib à dose unique en même temps que d'autres vaccins. Parmi les cas non évitables, deux étaient trop âgés pour avoir été inclus dans les programmes antérieurs et trois étaient trop jeunes pour avoir complété la vaccination primaire.

La majorité des cas non évitables (neuf) étaient des enfants qui n'avaient pas reçu une vaccination adaptée à leur âge. Quatre avaient été vaccinés avec des vaccins n'ayant plus cours, phénomène de moins en moins fréquent. Cinq avaient été vaccinés avec un vaccin PRP-T; ce nombre est relativement faible compte tenu de l'usage répandu de ce vaccin au Canada depuis 1992. Parmi ces cas, un était sévèrement immunodéprimé, mais les autres étaient apparemment en bonne santé. Il est à noter que deux cas se sont déclarés après l'administration de la série de quatre doses (y compris la dose de rappel à 18 mois), phénomène qui n'avait jamais été observé auparavant dans les centres IMPACT, ni signalé au Canada. L'examen immunologique de ces enfants fera l'objet d'un rapport distinct, mais tous deux étaient jugés en bonne santé avant de contracter l'infection à Hib.

Bref, le nombre total de cas d'infection à Hib observés dans les centres IMPACT pourrait avoir atteint un seuil irréductible. Les cas étaient rares et sporadiques : quelques grands centres n'en ont signalé aucun en 1996 et 1997, alors que d'autres en ont traité de nouveaux après un hiatus de 1 ou 2 ans. Cette bactérie continue de s'attaquer aux enfants à risque. Il faudra continuer de concerter les efforts en vue d'immuniser tous les enfants admissibles, et notamment donner aux parents un counselling efficace et tenir rigoureusement les dossiers[4]. Si l'on en juge par le nombre peu élevé d'échecs observés après son administration, le vaccin PRP-T semble avoir une grande efficacité.

Remerciements

Nous tenons à remercier sincèrement les chercheurs et les centres participant au programme IMPACT pour leur précieuse contribution : R. Morris, Dr Charles A. Janeway Child Health Centre, St. John's (T.-N.); S. Halperin, IWK Grace Health Centre, Halifax (N.-É.); P. Déry, Le Centre Hospitalier Universitaire de Québec (Pavillon CHUL), QC, E. Mills, Hôpital our enfants de Montréal, Montréal, M. Lebel, Hôpital Sainte-Justine pour les enfants, Montréal, QC; N. MacDonald, Hôpital pour enfants de l'Est de l'Ontario, Ottawa, E. Wang, The Hospital for Sick Children, Toronto, Ont.; B. Law, Health Sciences Centre, Winnipeg, Man.; T. Jadavji, Alberta Children's Provincial General Hospital, Calgary, W. Vaudry, Royal Alexandra and University of Alberta Hospitals, Edmonton, Alb.; D. Scheifele, British Columbia's Children's Hospital, Vancouver, C.-B.; .G Delage, agent de liaison avec la SCP, P. Duclos, agent de liaison avec le LLCM.

Références

1. Varughese P. *Infections à **Haemophilus influenzae** au Canada, 1969-1985*. RHMC 1986;12:37-43.

2. Immunization Monitoring Program, Active (IMPACT) of the Canadian Pediatric Society and the Laboratory Centre for Disease Control. *Recent trends in pediatric **Haemophilus influenzae** type b infections in Canada.* CMAJ 1996;154:1041-47.
3. Scheifele D, Gold R, Marchessault V et coll. *Missed opportunities to prevent infections caused by **Haemophilus influenzae** type b.* Can J Pediatr 1995;2:318-20.
4. Comité consultatif national de l'immunisation. *Lignes directrices relatives à l'immunisation des enfants.* RMTC 1997;23(DCC-6):1-12.

Source : *S Grewal, Department of Pediatrics, The University of British Columbia, Vaccine Evaluation Center, British Columbia's Children's Hospital, D^r D Scheifele, Vaccine Evaluation Center, British Columbia's Children's Hospital, Vancouver, C.-B.*

Notes internationales

DÉCÈS LIÉS À LA VARICELLE CHEZ DES ENFANTS — ÉTATS-UNIS, 1997

Au cours du premier trimestre de 1998, le *Texas Department of Health et l'Iowa Department of Public Health* ont informé les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis de trois décès liés à la varicelle chez des enfants survenus en 1997. Aucun de ces trois enfants n'était vacciné. Deux enfants ont contracté la varicelle de frères et soeurs non vaccinés, et le mode d'exposition du troisième enfants était inconnu. Nous exposons ici brièvement ces cas et rappelons qu'il y a toujours des décès liés à la varicelle chez les enfants aux États-Unis, malgré l'accessibilité du vaccin et les recommandations de l'administrer à tous les enfants susceptibles[1,2].

Cas n° 1

Le 28 février 1997, un garçon de 21 mois non vacciné, auparavant en bonne santé, a présenté une éruption typique de la varicelle. Aucune exposition à la varicelle n'avait été signalée. Le 1^er^ mars, l'enfant a été conduit au service d'urgence local. Il avait alors une forte fièvre, et on lui a administré de l'acétaminophène et de la diphenhydramine. Le 3 mars, son médecin traitant lui a prescrit de l'acyclovir par voie orale. Le 4 mars, la mère de l'enfant a observé une nouvelle éruption s'apparentant à des pétéchies. Le lendemain matin, le médecin traitant a noté une léthargie, une éruption purpurique et une irrigation insuffisante. Le malade a été transféré dans un service d'urgence local. Une réanimation liquidienne et un traitement intraveineux à la ceftriaxone ont été instaurés, mais l'état de l'enfant a continué à se détériorer rapidement. Il a fallu avoir recours à l'intubation et à la ventilation mécanique, et introduire un agent inotrope, la dopamine. Les hémocultures n'ont pas mis en évidence de bactéries pathogènes. Les tests de laboratoire ont révélé une coagulation intravasculaire disséminée et une grave déshydratation. Environ 1½ heures après son arrivée au service d'urgence, l'enfant a été transporté dans un centre de soins tertiaires. Dix minutes après son arrivée, il a été victime d'un arrêt cardiaque et est décédé. Le décès a été attribué à une varicelle accompagnée de complications hémorragiques.

Cas n° 2

Le 21 décembre 1997, un garçon de 5 ans non vacciné qui avait des antécédents d'asthme a été conduit à une service d'urgence local. Il avait une fièvre de 40,3 °C et des lésions varicelleuses typiques à divers stades de cicatrisation. Le patient a reçu des antipyrétiques et des antiprurigineux, puis a reçu son congé.

Ce soir-là, le garçon a souffert d'une légère dyspnée et a reçu un traitement à domicile (aérosol-doseur et une dose de prednisone par voie orale) contre ce qu'on croyait être une crise d'asthme. Il s'est présenté de nouveau au service d'urgence le 22 décembre, souffrant d'essoufflement et de douleurs à l'abdomen et aux jambes qui avaient débuté 4 heures auparavant. Au moment de l'arrivée de l'enfant au service d'urgence, l'un de ses frères et soeurs étaient atteint d'une varicelle active, et l'autre venait tout juste de se rétablir d'une varicelle. Un examen physique a permis d'observer de nombreuses lésions varicelleuses, dont une semblait infectée. L'enfant présentait une tachypnée et ses extrémités étaient tachetées, ce qui évoquait une embolie septique périphérique. Les radiographies thoraciques et abdominales ont montré un épanchement pleural droit, une pneumonie et une occlusion intestinale peu importante. Le liquide pleural obtenu à la thoracotomie contenait des cocci à gram positif, dont on a confirmé, 8 heures plus tard, qu'ils étaient des streptocoques du groupe A (SGA). Des cocci à gram positif ont été mis en évidence dans un échantillon de sang périphérique. Le sujet a été hospitalisé et a reçu de la ceftriaxone, de la nafcilline et de l'acyclovir par voie intraveineuse.

Après l'admission, la respiration de l'enfant est devenue laborieuse, et ses extrémités de plus en plus tachetées. On a rapidement observé une hypotension, une obnubilation et une bradycardie. L'enfant est décédé 5 heures après son arrivée au service d'urgence, malgré les tentatives de réanimation cardio-respiratoire. L'examen post-mortem a établi que le décès avait été causé par une septicémie à SGA, une pneumonie et un épanchement pleural, complications d'une varicelle.

Cas n° 3

Le 14 décembre 1996, un garçon de 23 mois non vacciné, auparavant en bonne santé, a présenté une fièvre et une éruption typique de la varicelle. Environ 1 à 2 semaine(s) plus tôt, l'un de ses frères et soeurs, âgé de 4 ans et non vacciné, avait contracté la varicelle. L'enfant a été conduit chez le médecin le 17 décembre, en raison d'une fièvre persistante et d'une cellulite au pied gauche, et il a été hospitalisé le 19 décembre parce que son état ne s'était pas amélioré malgré une antibiothérapie ambulatoire non précisée. L'état du malade s'est détérioré malgré l'administration de méthicilline et de ceftriaxone par voie intraveineuse, et l'enfant a été transféré dans un hôpital régional le 21 décembre. On a diagnostiqué une septicémie, une méningo-encéphalite virale possible et une léger épanchement pleural. L'analyse du liquide céphalorachidien a mis en évidence une hyperlymphocytose, et les hémocultures et les urocultures ont révélé la présence de *Staphylococcus aureus* résistant à la pénicilline. On a modifié l'antibiothérapie et administré de la nafcilline et de la gentamycine; de l'acyclovir par voie intraveineuse a été ajouté le 23 décembre. Le 24 décembre, l'enfant a développé un souffle aortique, et l'échocardiogramme a révélé la présence d'une végétation de 9 × 9 mm sur l'appareil vasculaire aortique, évoquant une endocardite bactérienne. Des échocardiogrammes successifs ont

montré la croissance de la végétation et l'apparition d'un épanchement péricardique. Le patient a été transféré au centre de chirurgie cardiaque le 26 décembre. Alors qu'il était en attente de chirurgie, il a souffert d'une insuffisance cardiaque réfractaire secondaire à l'endocardite à staphylocoques. Il est devenu incohérent, probablement à la suite d'un accident neurologique embolique important, et est décédé le 8 janvier 1997.

Note de la rédaction du MMWR

Comme en témoignent les trois cas exposés ci-dessus, des enfants en bonne santé continuent de mourir des complications de la varicelle, maladie pouvant être prévenue par la vaccination. Bien que la varicelle soit généralement considérée comme une maladie bénigne de l'enfance, il arrive qu'elle entraîne de graves complications et la mort. Aux États-Unis, la varicelle est la principale cause de décès pouvant être prévenu par la vaccination.

Entre 1990-1994, la varicelle a été la cause sous-jacente du décès d'en moyenne 43 enfants âgés de < 15 ans par année (CDC, données inédites, 1998). Entre 1988 et 1995, le nombre d'enfants hospitalisés annuellement pour la varicelle ou ses complications s'est élevé à 10 000 (CDC, données inédites, 1998). Quatre-vingt-dix pour cent des enfants décédés ne souffraient pas d'affections qui augmentent le risque d'être atteint d'une varicelle grave. Chez les enfants décédés à la suite d'une varicelle, les plus graves complications associées à la maladie sont les surinfections d'origine bactérienne et la pneumonie. Parmi les autres complications figurent l'encéphalite, les complications hémorragiques, l'hépatite, l'arthrite et le syndrome de Reye. Les cas d'infection invasive grave à streptocoques du groupe A consécutifs à une varicelle nous ont rappelé que cette maladie est un facteur de risque bien défini d'infection à SGA[3,4].

Le vaccin contre la varicelle a été homologué aux États-Unis en mars 1995. Il est largement accessible et est recommandé dans la vaccination systématique des enfants âgés de 12 à 18 mois et dans la vaccination des enfants plus âgés, des adolescents et des adultes susceptibles[1,2]. Dans le cadre du programme *Vaccines For Children* (VFC), le vaccin contre la varicelle est administré aux enfants de > 12 mois admissibles au programme VFC qui sont nés depuis le 1^{e} janvier 1983, ainsi qu'aux enfants admissibles au VFC âgés de < 19 ans appartenant à une famille dont l'un des membres est immunodéprimé.

Dans le cas du vaccin contre la varicelle, les taux de couverture à l'échelle nationale chez les enfants âgés de 19 à 35 mois sont passés de 14 % entre juillet et septembre 1996, à 25 % entre mars et juin 1997[5]. Au nombre des obstacles à la vaccination, citons la perception voulant que la varicelle soit une maladie bénigne, les craintes que l'immunité ne soit pas durable et que la varicelle ne frappe davantage les sujets plus âgés, chez qui elle est plus grave, ainsi que les doutes concernant l'efficacité et l'innocuité du vaccin[4]. Selon une étude récente, la capacité du vaccin de prévenir la varicelle modérée ou grave s'élève à 100 %, et celle de prévenir toute forme de varicelle, à 86 %[6]. En outre, les enfants vaccinés qui contractent une varicelle due au virus sauvage ou à «une percée soudaine de la maladie» ont une forme très bénigne de la maladie, de courte durée, et le nombre de lésions est < 50[7]. Il a été établi que l'immunité conférée par le vaccin persiste pendant > 20 ans après la vaccination[8]. À mesure que diminuera l'incidence de la maladie et l'exposition au virus sauvage, la surveillance continue permettra de déterminer s'il y a lieu d'administrer des doses supplémentaires et le moment où il convient de le faire.

On ne pourra évaluer l'impact des programmes de vaccination contre la varicelle aux États-Unis que dans la mesure où l'on exercera une surveillance de cette maladie. La surveillance des décès liés à la varicelle dans tous les États constitue la première étape clé de ce processus. On encourage en outre les États à mettre sur pied d'autres systèmes durables de surveillance – notamment le suivi des hospitalisations et la compilation à l'échelle de l'État des déclarations de cas par école, garderie ou cabinet de professionnel de la santé – et à envisager d'exiger la vaccination au moment de l'entrée de l'enfant à la garderie et à l'école[1].

Les efforts visant à accroître la vaccination systématique et la vaccination de rattrapage contre la varicelle chez les enfants devraient comporter un volet visant à informer le personnel soignant de la possibilité de prévenir les décès et la morbidité grave associés à la varicelle[1,2]. Toute politique qui a pour objet de remettre à plus tard (à l'adolescence) la vaccination des enfants susceptibles équivaut à accepter le fardeau considérable que représente la maladie chez les enfants âgés de 2 à 11 ans. La stratégie vaccinale la plus efficace consiste à administrer systématiquement le vaccin aux enfants entre l'âge de 12 et de 18 mois et à vacciner tous les enfants plus âgés et les adolescents susceptibles. C'est chez les enfants que l'incidence de la maladie est la plus élevée, et ce groupe est également le principal responsable de la transmission de la varicelle aux sujets qui risquent davantage de souffrir de la forme grave de la maladie, notamment les adultes[9] et les personnes qui ne sont pas admissibles à la vaccination. Les décès et la morbidité grave liés à la varicelle chez les enfants et les adultes peuvent être prévenus par l'application des politiques recommandées de vaccination chez les enfants.

Références

1. CDC. *Prevention of varicella: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP).* MMWR 1996;45(no. RR-11).
2. American Academy of Pediatrics, Committee on Infectious Diseases. *Recommendations for the use of live attenuated varicella vaccine.* Pediatrics 1995;95:791-96.
3. CDC. *Outbreak of invasive group A **Streptococcus** associated with varicella in a childcare center – Boston, Massachusetts, 1997.* MMWR 1997;46:944-48.
4. Davies D, McGeer A, Schwartz B et coll. *Invasive group A streptococcus infections in Ontario, Canada.* N Engl J Med 1996;335:547-54.
5. CDC. *National, state, and urban area vaccination coverage levels among children aged 19-35 months – United States, July 1996-June 1997.* MMWR 1998;47:108-16.
6. Chew D, Hofmann J, O'Donnell C et coll. *Physician attitudes and practices regarding varicella vaccine in New Jersey.* Dans : *Program and abstracts of the 36th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy*: Washington, DC: American Society for Microbiology, 1996:278. Abstrait.
7. Izurieta HS, Strebel PM, Blake PA. *Postlicensure effectiveness of varicella vaccine during an outbreak in a child care center.* JAMA 1997;278:1495-99.
8. Asano Y, Suga S, Yoshikawa T et coll. *Experience and reason: twenty-year follow-up of protective immunity of the Oka strain live varicella vaccine.* Pediatrics 1994;94:524-26.
9. CDC. *Varicella-related deaths among adults – United States, 1997.* MMWR 1997;46:409-12.

Source : *Morbidity and Mortality Weekly Report, Vol 47, N° 18, 1998.*

LE 50e ANNIVERSAIRE DE l'OMS

Le *Rapport sur la santé dans le monde, 1998 : La vie au 21e siècle – Une perspective pour tous*, célèbre le 50e anniversaire de l'OMS. Ce document énumère les succès et les activités en cours dans le domaine des maladies transmissibles au cours du demi-siècle écoulé.

Depuis quelques décennies, des progrès significatifs ont été réalisés dans la lutte contre quelques-unes des principales maladies infectieuses. Certaines ont disparu ou sont pratiquement éliminées en tant que problème de santé publique :

- L'éradication mondiale de la **variole** a été déclarée en 1980 à l'issue d'une campagne d'éradication qui avait débuté en 1967.
- Le **pian**, une maladie tropicale qui se manifeste principalement au niveau de la peau et des os, a pratiquement disparu.
- Depuis 40 ans, la **peste** représente une menace de moins en moins sérieuse pour l'humanité, en raison principalement de l'utilisation des antibiotiques et insecticides et des autres mesures de lutte; cependant, des épidémies se produisent encore de façon cyclique.
- Grâce aux progrès intervenus en matière d'assainissement de l'hygiène depuis quelques décennies, les flambées de **fièvre récurrente** transmise par les poux sont rares aujourd'hui. Elles sont favorisées par la promiscuité et la précarité des conditions d'hygiène dans lesquelles vivent certaines populations lors de conflits ou de catastrophes naturelles.
- Le programme de l'**onchocercose**, lancé dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest en 1974, a protégé un total estimatif de 36 millions de personnes contre la maladie. Le nouveau programme africain de lutte contre l'onchocercose a commencé ses opérations en janvier 1996 et porte sur 19 nouveaux pays. Dans les Amériques, le programme d'élimination de l'onchocercose a démarré en 1991 dans six pays latino-américains et vise à éliminer les graves manifestations pathologiques de la maladie et à réduire la morbidité dans cette Région. On escompte que l'onchocercose sera éliminée de la surface du globe en tant que problème de santé publique avant l'an 2008.
- Depuis l'introduction des premiers vaccins efficaces contre la **poliomyélité** en 1955, cette maladie a été progressivement éliminée dans de nombreux pays du monde. Le nombre de cas à l'échelle mondiale a reculé de plus de 90 % depuis le lancement en 1988 de la campagne d'éradication mondiale d'ici à l'an 2000. La maladie a disparu du continent américain, et l'éradication prochaine au niveau mondial est envisageable.
- En ce qui concerne la **lèpre**, l'OMS a mis au point et lancé une polychimiothérapie dans les années 1980. L'impact mondial de la lèpre a fortement diminué. L'objectif de l'OMS est d'éliminer la lèpre en tant que problème de santé publique d'ici à l'an 2000.
- Des progrès spectaculaires ont été réalisés dans la lutte contre la **dracunculose** (maladie du ver de Guinée) depuis une dizaine d'années : le nombre de cas a en effet considérablement diminué dans le monde et la maladie est maintenant limitée à 17 pays (16 en Afrique subsaharienne, plus le Yémen).
- La perspective d'une maîtrise et d'une limitation de la **filariose** est encourageante; en 1997, l'Assemblée de la Santé a lancé un appel pour l'élimination mondiale de la filariose lymphatique en tant que problème de santé publique.

Malgré ces progrès indéniables, d'autres maladies infectieuses représentent toujours des graves menaces pour la santé publique. Ce rapport paraîtra dans un prochain numéro.

Source : *Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS, Vol 73, N° 20, 1998.*

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

Pour recevoir le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC), qui présente des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, il suffit de s'y abonner. Un grand nombre des articles qui y sont publiés ne contiennent que des données sommaires, mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès des sources mentionnées. Santé Canada ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne travaillant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix); la publication d'un article dans le RMTC n'en empêche pas la publication ailleurs.

Conseillers scientifiques :	Dr John Spika	(613) 957-4243
	Dr Fraser Ashton	(613) 957-1329
Rédactrice en chef :	Eleanor Paulson	(613) 957-1788
Rédactrice adjointe :	Nicole Beaudoin	(613) 957-0841
Éditique :	Joanne Regnier	

Pour soumettre un article, veuillez vous adresser à la Rédactrice en chef, Laboratoire de lutte contre la maladie, PréTunney, Indice à l'adresse : 0602C2, Ottawa (Ontario) K1A0L2.

Pour vous abonner à cette publication, veuillez contacter :

Centre des services aux membres	No de téléphone :	(888) 855-2555
Association médicale canadienne	FAX :	(613) 731-9102
1867 Promenade Alta Vista		
Ottawa (Canada) K1G 3Y6		

Prix par année :

Abonnement de base :	80 $ (et frais connexes) au Canada; 105 $ US à l'étranger.
Abonnement préférentiel:	150 $ (et frais connexes) au Canada; 175 $ US à l'étranger.

© Ministre de la Santé 1998

On peut aussi avoir accès électroniquement à cette publication par internet en utilisant un explorateur Web, à http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc